UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 42

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ADÉNOMYOMATOSE DIFFUSE

DE L'UTÉRUS ET DU RECTUM

THÈSE

Presentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Mai 1914

PAR

Abdelkader SIMIAM

Né à Marengo (Alger) le 21 octobre 1882

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

FORGUE, professeur, *Président.*
GRANEL, professeur.
MASSABUAU, agrégé.
EUZIERE, agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1914

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ADÉNOMYOMATOSE DIFFUSE

DE L'UTÉRUS ET DU RECTUM

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 42

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ADÉNOMYOMATOSE DIFFUSE

DE L'UTÉRUS ET DU RECTUM

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Mai 1914

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

Abdelkader SIMIAM

Né à Marengo (Alger) le 21 octobre 1882

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

FORGUE, professeur, *Président.*
GRANEL, professeur.
MASSABUAU, agrégé.
EUZIERE, agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1914

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	DOYEN.
SARDA	ASSESSEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Pathologie et thérapeutique générales	MM. N...
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲)
Clinique ophtalmologique	TRUC (O ✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL (✲).
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H)
Clinique médicale	RAUZIER (✲).
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), HAMELIN (✲), GRASSET (O ✲).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique	MM. DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. l. (ch. de c.)
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, a. l. (ch. de c.)
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	VEDEL, agr. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, a.l. (ch. de c.)
Clinique annexe des maladies des vieillards	EUZIERE, agrégé.
Accouchements	P. DELMAS, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. RIMBAUD.
GRYNFELTT.	DERRIEN.	ROGER.
LAGRIFFOUL.	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT.	MASSABUAU.	LISBONNE.
GAUSSEL.	EUZIERE.	MARQUÈS, ch. des F.
RICHE.	J. DELMAS.	

Examinateurs de la these ;

MM. FORGUE, professeur, *président.*
GRANEL, professeur.
MM. MASSABUAU, *agrége.*
EUZIERE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE VÉNÉRÉ

Que ses qualités de cœur m'ont rendu si cher

A MA MÈRE BIEN-AIMÉE

Estime et respect.

A MON FRÈRE AINÉ

LIEUTENANT DE TIRAILLEURS AU MAROC

ET A MA BELLE-SŒUR

A MON JEUNE FRÈRE

A MADAME MONNIOT

Pour tous les bienfaits reçus. Reconnaissance et dévouement.

A MON AMI LE DOCTEUR BENTAMI

Témoignage de vive affection.

A. SIMIAM.

A LA MÉMOIRE DE MONSIEUR JEANMAIRE

ANCIEN RECTEUR DE L'ACADÉMIE D'ALGER

Regrets.

A MONSIEUR ALBIN ROZET

DÉPUTÉ DE LA HAUTE-MARNE

Témoignage de reconnaissance.

A MONSIEUR LE CHAUX

CONSEILLER A LA COUR D'APPEL D'ALGER

Souvenir respectueux.

A NOTRE MAITRE LE DOCTEUR MONESTIER

DIRECTEUR DE L'ASILE D'ALIÉNÉS DE PAU

Qui veut bien nous honorer de son amitié.

A TOUS NOS MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

Témoignage de notre gratitude.

A TOUS NOS AMIS

A. SIMIAM.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GRANEL

PROFESSEUR DE BOTANIQUE ET D'HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE

A MESSIEURS LES PROFESSEURS-AGRÉGÉS

MASSABUAU ET EUZIÈRE

A. SIMIAM

Malgré la joie que nous avons de terminer nos études, nous éprouvons beaucoup de regrets à la pensée de quitter cette vieille Faculté montpelliéraine où nous avons reçu de tous nos maîtres un accueil toujours sympathique et bienveillant. Nous n'aurons plus le plaisir de suivre les cliniques si simples et si instructives, auxquelles nous étions habitués; mais de l'enseignement reçu, nous emporterons la notion exacte de nos devoirs et du rôle que nous avons à remplir, lequel peut se résumer en ceci: être bon envers nos semblables et les soulager dans la mesure de nos moyens.

Nous remercions M. le professeur Forgue, du grand honneur qu'il veut bien nous faire en présidant notre thèse. Nous savons ce que nous devons à son enseignement clinique et à son incomparable précis de pathologie externe.

M. le professeur Granel, par sa bienveillance accoutumée, par sa bonhomie, a droit à notre plus respectueuse sympathie. Qu'il soit persuadé que nous emportons un souvenir durable de ses belles leçons de parasitologie. Il voudra bien trouver ici l'hommage de notre reconnaissance.

La dette que nous avons contractée envers M. le professeur-agrégé Massabuau est énorme. Nous nous demandons comment nous pourrons lui témoigner jamais assez notre vive gratitude.

Nous avons eu l'honneur de suivre ses cours et ses lè-

çons cliniques à l'Hôpital Général La clarté de son enseignement nous a été profitable à plus d'un point de vue.

Nous remercions enfin M. le professeur agrégé Euzière, d'avoir accepté de siéger à notre thèse. Par sa manière d'enseigner, il a su nous rendre abordable la pathologie du système nerveux, si difficile pourtant, de quoi nous lui sommes bien redevable.

Merci à tous nos amis qui nous ont aidé dans les heures difficiles que nous avons traversées. En premier lieu le docteur Beutami, qui fut pour nous d'un dévouement à toute épreuve.

A l'asile Saint-Luc, de Pau, nous n'avons trouvé que des sympathies. Merci au docteur Monestier, pour ses bienfaits. Merci au docteur Gendral, qui toujours été pour nous un ami dévoué. Nous conserverons toujours un excellent souvenir des docteurs Barrère, D'Hoste et Cassagne.

Mme Monniot fut toujours bonne pour nous et nous aida en maintes occasions. Nous lui serons éternellement obligé.

Merci enfin à tous ceux que nous ne nommons pas et qui nous donnèrent les meilleures preuves de l'amitié la plus franche et la plus loyale.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ADÉNOMYOMATOSE DIFFUSE

DE L'UTERUS ET DU RECTUM

INTRODUCTION

Notre but n'est pas, en rédigeant ce modeste travail, de reprendre la question des adénomyomes de l'utérus.

Nous désirons seulement vulgariser une acquisition nouvelle, à savoir la propagation de l'adénomyomatose utérine au paramètre voisin; l'intérêt qu'il y a à porter un diagnostic certain afin de pouvoir pratiquer l'opération de choix.

Ce sujet, qui nous a été inspiré par notre maître, M. le professeur agrégé Massabuau, a fait l'objet d'un article lumineux publié dans *Paris Médical* du 3 mai 1903, n° 22, par MM. les professeurs E. Forgue et Massabuau, article qui nous a été un guide précieux pour la rédaction de notre travail.

Avant d'aborder notre sujet, nous donnons un aperçu

historique rapide de la question des adénomyomes de l'utérus. Nous joignons à la fin deux observations que nous avons pu recueillir.

En ce qui concerne la bibliographie, nous donnons seulement la plus récente. Les lecteurs que la question des adénomyomes de l'utérus intéresserait, pourront consulter avec fruit la thèse de F. Louis, où ils trouveront une bibliographie très complète.

Il nous reste un regret: c'est de ne pouvoir traiter ce sujet avec toute l'autorité et l'ampleur désirables et nous demanderons respectueusement leur indulgence, aux Maîtres qui nous jugeront.

HISTORIQUE

Les premiers travaux qui ont été publiés sur la question des adénomyomes de l'utérus ont été faits en Allemagne, où ils ont acquis le développement considérable que nous connaissons actuellement.

C'est Babesiu qui, en 1882, attire le premier l'attention sur l'existence d'inclusions épithéliales dans des myomes ordinaires de l'utérus et restant cliniquement bénins.

Puis Diesterweg (Cystofibroma uteri verum, 1883), trouve dans deux polypes de la face postérieure de l'utérus, des cavités kystiques revêtues d'un épithélium à cils vibratils.

Schatz (1884), Schrœder (1889), font des découvertes analogues.

Viennent les travaux importants de V. Recklinghausen, l'un en 1893 (Deutsche Mediz. Wochenschrift), et l'autre, en 1895 (Wien. Klin. Woch.), et enfin son Traité fondamental publié en 1896 « Les adénomyomes des parois de l'utérus et des trompes ayant pour origine les débris du corps de Wolff ». Avant Recklinghausen on faisait dériver les adénomyomes, soit de germes épithéliaux muqueux d'origine congénitale, soit même, d'inclusions glandulaires post-fœtales.

A ce travail de Recklinghausen est annexé un appendice par W.-A. Freund où nous trouvons des notes cliniques. Freund émet l'hypothèse, que l'on a affaire, dans le cas

d'adénomyome de l'utérus et des trompes à des tumeurs organoïdes qui proviendraient de débris du corps de Wolff, spécialement du paroophoron.

Il partage alors ces adénomyomes en deux classes embryologiques différentes :

a) Ceux situés dans les couches périphériques de la paroi utérine proviennent du corps de Wolff : ce sont les plus fréquents.

b) Ceux qui sont interstitiels et siègent sur les parois antérieure ou latérale : ceux-là sont des adénomyomes muqueux, plutôt rares, pouvant se transformer en cancer.

Avec les travaux de Kossmann (1897) naît une théorie nouvelle. Cet auteur cherche à démontrer que les inclusions glandulaires viennent très probablement des conduits de Müller.

En 1898 paraît un cas de O.-V. Franqué et le problème se complique davantage encore. Franqué trouve, chez une femme qui souffrait depuis un certain temps de troubles périmétritiques, des formations glandulaires et kystiques, présentant une disposition caractéristique, en communication, par endroits, avec la lumière de la trompe, ce qui, pour lui, est une preuve de l'origine muqueuse de ces formations.

L'existence d'une ancienne lésion inflammatoire d'autre part, serait une preuve de l'origine acquise et non congénitale de ces glandes et kystes.

A partir de ce moment on assiste à une lutte en règle entre les différents partis quant à l'origine de ces tumeurs. Pour les uns, elles dérivent du corps de Wolff, pour d'autres du canal de Müller ou du canal de Gartner.

On leur assigne encore une origine muqueuse congénitale ou post-fœtale, voire même séreuse. Mentionnons l'étude d'ensemble de Wassner (Arch. f. Gyn., 1900, LX).

R. Meyer publie un travail: *Eine unbekannte Art von Adenomyomen des Uterus mit einer Kritischen Besprechung der Urnierenhypothese v. Recklinghausen's.*

Meyer émet l'hypothèse que la tumeur qu'il décrit dans ce travail est un adénomyome provenant de fragments du rein primitif ou du canal de Wolff à la suite d'une transposition embryonnaire inconnue. Mais Meyer a souvent varié dans ses opinions « ce qui n'a rien d'étonnant, car plus d'un fut obligé de le faire dans cette question si compliquée » (Schiekclé).

La tendance actuelle est d'attribuer aux adénomyomes une origine inflammatoire ou acquise sans nier toutefois, pour quelques-uns l'existence d'une origine congénitale.

Dans le travail de Chiari (1887) on trouve sept cas de nodosités utérines ayant les caractères histologiques de l'adénomyome.

Nombreux sont encore les auteurs allemands qui font des travaux sur cette intéressante question, tous sont d'accord sur la difficulté qui existe à tracer un tableau caractéristique, au point de vue clinique, des adénomyomes de l'utérus. « C'est ainsi que le diagnostic d'adénomyomes sera, disent-ils, rarement posé avec certitude, à quelqu'endroit que siègent ces tumeurs. »

On constate aussi au niveau de ces adénomyomes, des transformations kystiques cancéreuses. Babesiu (1882), V. Recklinghausen, Rolly et Dillmann, etc.

Enfin, avec W.-A. Freund (1896) tout le monde reconnaît que l'hystérectomie abdominale totale seule peut soulager les malades porteurs de ces tumeurs.

En Amérique, Prudden (1897), Blumer et Hirst étudient quelques cas et Cullen T.-S. (1903) fait une étude fort remarquable des adénomyomes tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomique.

En Angleterre, ce sont Baldy et Lonycope (1902) qui s'occupent de la question des adénomyomes de l'utérus et leur assignent une origine muqueuse et inflammatoire.

Cameron, Murdock et Leitsch (1904) reconnaissent l'hystérectomie abdominale comme l'opération de choix.

En Italie, on a les contributions de Carl (1900), Caruso (1901), Corrado (1903), Santi (1906). Un travail de Varoldo (1905).

En Russie, Ulezko-Stroganova (1897), Ivanoff plus spécialement, se sont attachés à la question des adénomyomes.

Enfin en France, ces tumeurs sont peu connues. C'est d'abord Baraban, en 1891, qui donne une description histologique détaillée d'un cas de nodosités bilatérales des cornes utérines qu'il a observé. Puis Jayle et Cohn s'occupent de cette question (Rev. de Gyn., 1901, p. 381). Pozzi y fait allusion dans son Traité de Gynécologie. Puis vient la thèse de Mlle Théophila Cohn sur le même sujet.

Il faut mentionner ensuite les relations incomplètes de Legueu et Marien, la thèse de Hyenne sur les « dégénérescences des fibromyomes de l'utérus » (1897-1898), celle de Claisse (1900) « Recherches sur le développement des fibromyomes et des adénomyomes de l'utérus », puis encore un article de Claisse « Développement des adénomyomes utérins de nature inflammatoire ». Un cas de tumeur fibro-kystique du col utérin est publié dans la même année, par Baraban, et Vautrin-Piquand (1905) dans sa thèse sur les dégénérescences des fibromes de l'utérus étudie « l'origine des éléments glandulaires » dans les fibromyomes et leur dégénérescence.

Le même année, Ogier et Delassus, de Lille, publient un cas d'adénomyome occupant toute la paroi postérieure de l'utérus. Un an plus tard, Roche, de Bordeaux (Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie, séance du

23 janvier 1906), présente un adénomyome de la face postérieure de l'utérus.

Enfin S. Pozzi, dans son « Traité de Gynécologie » (4e édit., 1907, t. I, p. 491), résume brièvement la question, et F. Louis (Adénomyomes de l'utérus, thèse de Lyon, 9 janvier 1908), fait une revue générale de la question.

Telle est, rapidement esquissée, l'histoire générale des adénomyomes jusqu'à ces temps derniers.

Des travaux de Recklinghausen, de ceux plus récents de Jayle et de Cohn, relatifs aux adénomyomes des cornes utérines, il résulte que ces néoformations affectent une forme nodulaire, caractère qui les rapproche beaucoup, au point de vue clinique et macroscopique, des fibromyomes.

Plus récemment, une notion importante nouvelle s'est dégagée des travaux publiés: on a montré, en effet, que l'adénomyome diffus peut parfaitement dépasser les limites de l'utérus, s'étendre dans le petit bassin et envahir les organes voisins.

Cette notion permet donc de décrire un nouveau syndrome anatomo-clinique utérin: « Elle constitue une importante contribution à l'étude de formations auxquelles on peut donner le nom de tumeurs inflammatoires de l'utérus pour employer une expression consacrée à désigner des lésions en bien des points comparables, qui se développent au niveau d'autres viscères, l'intestin et l'estomac par exemple » (Forgue et Massabuau).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Il y a lieu de distinguer deux formes d'adénomyomatose diffuse de l'utérus :

a) Une première forme, la plus fréquente, celle qui a fait l'objet des principaux travaux dont nous avons parlé plus haut, et qui reste localisée aux parois utérines. Certains auteurs la désignent du nom d'adénomyométrite.

b) Une deuxième forme, rare celle-là et connue depuis moins longtemps. Ce qui la distingue de la précédente, c'est que la néoformation franchit ici les limites de l'utérus. Elle s'étend dans la cavité pelvienne et envahit les organes voisins.

1° C'est en 1888 que Löhlein signale le premier type. Plus récemment il est bien étudié par R. Meyer, 1901-1909 (Zeitsch. für Geb. u. Gyn., t. 42, 43 et 44), par Pforte, 1903 (Inaug. Diss., Berlin, 1903), par Schütze, 1907 (Zeitsch. für Geb. u. Gyn., 1907, t. 59). Par Cullen, en 1908. Enfin, en 1911 (Journal of Akoucherstra i Jensksich. Bolieznei, 1911, t. 26) nous avons un travail fort important de Gorizontoff qui réunit une vingtaine d'observations.

Voyons maintenant les caractères anatomiques de cette forme d'adénomyomatose.

On trouve un utérus qui est toujours augmenté de volume. Cette augmentation de volume est variable et, en général, elle n'est pas très considérable, à peine si le fond utérin dépasse la symphyse pubienne. L'utérus présente

l'aspect extérieur d'un gros utérus scléreux. Dans quelques cas de Gorizontoff et de Cullen cet organe atteignait un volume assez considérable « celui d'une tête d'enfant ». Un pareil volume a été rarement observé.

Où siège en général cette hypertrophie? Les différents auteurs s'accordent à reconnaître qu'elle est plus prépondérante au niveau de la paroi postérieure du corps. Cette paroi subit un allongement, du fait de l'hypertrophie et le fond utérin s'inclinant en avant, s'incurve exagérant ainsi son antéflexion normale.

L'organe entier subit de profondes modifications: la cavité utérine agrandie peut mesurer 14 et 15 centimètres de longueur. Sur une coupe, l'épaisseur de la paroi postérieure du corps peut atteindre 6 centimètres, parfois même davantage.

La muqueuse utérine est épaissie, parfois ecchymotique, ordinairement tomenteuse et villeuse, elle renferme des productions kystiques.

Les annexes elles-mêmes présentent assez souvent des lésions inflammatoires et sont fixées par des adhérences périmétritiques; pour W. Freund et Grünbaun on trouve de l'annexite et de la périmétrite dans la moitié des cas.

A l'examen microscopique, la muqueuse utérine présente les lésions de l'endométrite glandulaire hypertrophique; plus particulièrement, c'est au niveau des couches profondes de la muqueuse que l'hyperplasie et les néoformations glandulaires sont surtout marquées. A ce niveau les tubes voisins arrivent presque au contact. Ils affectent des formes diverses, certains par exemple, ont subi une dilatation kystique; d'autres sont allongés, sinueux, contournés en tire-bouchon.

L'épithélium, formé de cellules cylindriques hautes, est

souvent stratifié. On y trouve de nombreuses figures de mitoses.

La musculeuse utérine est le siège de la lésion fondamentale, mais c'est plus particulièrement dans ses couches interne et moyenne qu'elle est intéressée. On peut se rendre compte que les travées conjonctives, séparant les fibres musculaires lisses, sont augmentées d'épaisseur; dans certaines zones, on assiste même, par endroits, à une véritable dissociation des formations musculaires.

Dans ces travées conjonctives sont disséminés des tubes d'aspect glandulaire qui sont revêtus de cellules cylindriques hautes, analogues à celles de la muqueuse utérine.

Tant par l'irrégularité de ces tubes qui sont ramifiés que par les nombreux diverticules qu'on observe et qui sont destinés à devenir des tubes nouveaux, on peut se rendre compte que le processus de néoformation adénomateuse est certain.

Ces tubes sont entourés par du tissu cytogène, constitué par des cellules embryonnaires rondes ou fusiformes.

On peut voir des nodules où le tissu cytogène constitue l'élément prépondérant du tissu de néoformation.

Quelles sont les modifications observées dans les éléments musculaires de l'utérus?

Ces modifications consistent en une hypertrophie plus prépondérante par endroits; peu appréciable, ici, elle méritera le nom d'adénomatose diffuse ou d'adénomyométrite, là, au contraire, l'hypertrophie est énorme, constatation que l'on peut faire facilement tant au point de vue macroscopique qu'au point de vue histologique. Par la part prépondérante qu'elle prendra à la formation de la tumeur utérine, celle-ci méritera bien le nom d'adénomyomatose diffuse; c'est Cullen qui en a rapporté dans son livre, les plus beaux exemples connus. On peut y voir

tous les types intermédiaires, depuis l'adénomyome circonscrit, jusqu'aux tumeurs diffuses les plus volumineuses.

2° Nous avons déjà signalé la rareté du deuxième type d'adénomyomatose; la différence essentielle d'avec le premier, c'est qu'ici la propagation s'est faite jusqu'au rectum, infiltrant tant l'utérus que l'intestin. Nous l'avons dit aussi, cette forme est connue depuis fort peu de temps et les observations sont peu nombreuses qui permettent d'écrire son histoire anatomique. Elles sont dues à Füth, Schloffer, Schiklé, Rosthorn, Mayer, Kleinhans, Sitzenfrey, Renisch.

Au niveau de la face postérieure du col et de l'isthme utérins, on voit un tissu de néoformation qui fait adhérer l'utérus au rectum, c'est l'élément essentiel de cette forme.

Deux types peuvent être distingués dans cette zone d'adhérence. Il s'agira dans un premier type d'une tumeur de volume variable bloquée dans le Douglas, reliant l'un à l'autre l'utérus et le rectum et enveloppée dans un tissu d'infiltration plus ou moins important.

Dans un second type l'utérus, augmenté de volume, myomateux, est simplement adhérent au rectum, sans tumeur ni infiltration, mais dans tous les cas observés, on a trouvé des lésions concomittantes de l'utérus et du rectum.

L'utérus est gros; sa paroi postérieure est hypertrophiée dans toute sa hauteur; on peut y trouver disséminées des tumeurs nodulaires multiples. La muqueuse du corps est très épaissie, villeuse ou polypeuse. Il peut y avoir des cas qui font exception à cette règle: Renisch en cite un.

Voyons maintenant les lésions que présente le rectum.

Un premier type nous est fourni par un cas de Kleinhans. Au niveau de la zone qui adhère à l'utérus on trouvait notamment une muqueuse peu volumineuse, non fixée

à la muqueuse rectale. Cette mobilité de la muqueuse n'empêcha pas pourtant le diagnostic de cancer primitif du rectum d'être porté.

L'étude histologique seule permit de poser le diagnostic réel de tumeur siégeant à la paroi postérieure de l'utérus, s'étant étendue par la suite au rectum. D'ailleurs, on observe que la paroi postérieure du col de l'utérus présente un certain épaississement avec infiltration.

En somme, ce type se distingue par ce fait que la muqueuse rectale est normale, ne présente aucune modification, sans infiltration ni épaississement de la paroi.

Dans les autres cas, au contraire, les plus nombreux, la paroi rectale va subir des altérations au niveau de la zone d'adhérence. Sur une étendue variable avec chaque cas publié on trouve la paroi infiltrée, épaissie, mais chose remarquable, la muqueuse rectale, elle, conservera toujours sa mobilité, restera saine.

Il nous reste à étudier les caractères histologiques de ces lésions.

Ce sont les travaux de Sitzenfrey et de Renisch qui ont apporté là dessus le plus de clarté. Un premier point établi c'est que ces lésions sont identiques tant dans la paroi utérine que dans la paroi rectale. Même structure de part et d'autre.

On trouve comme élément essentiel une infiltration diffuse des cavités épithéliales. Autre caractère : ces cavités sont irrégulières et ont une paroi bourgeonnante, en voie de néoformation adénomateuse. On ne trouve pas de ligne de démarcation bien nette avec les tissus voisins.

Ces tubes se grouperont souvent en amas, formant comme des îlots glandulaires, dont le nombre, les dimensions, la forme, sont fort variables.

L'épithélium qui revêt ces cavités, est formé, en général,

par des cellules cylindriques hautes, dont le protoplasma clair rappelle parfaitement celui des cellules des glandes de l'utérus.

Par endroits, ces cellules de revêtement prennent un caractère aplati, un aspect endothélial (Renisch). Leur noyau est allongé, ovalaire, il se rapproche plutôt de la base de la cellule.

Le tissu qui entoure immédiatement les tubes épithéliaux est du tissu conjonctif embryonnaire. Il prend parfois le type d'un tissu inflammatoire paraissant diriger la marche de la prolifération adénomateuse. Dans cette néoformation le stroma est fibro-musculaire.

Quant au tissu musculaire, on peut dire qu'il existe toujours, fort réduit il est vrai, dans les zones centrales de la tumeur du Douglas, hypertrophié au contraire dans le col utérin où il se continue directement avec le tissu musculaire de la tumeur. La musculature rectale présente aussi la même hypertrophie.

Remarquons en terminant ce chapitre que ces tumeurs coïncident souvent avec des malformations utérines. C'est V. Recklinghausen qui a le premier insisté sur ce fait.

PATHOGENIE

Des théories nombreuses ont été soutenues avec beaucoup de talent par différents auteurs pour expliquer l'histogénèse des adénomyomes de l'utérus.

On a admis deux origines:

1° Origine congénitale;
2° Origine post-fœtale.

1° *Origine congénitale.* — *a*) Une première explication est donnée par V. Recklinghausen qui soutient que « toutes les formations glandulaires sont développées aux dépens du corps de Wolff ».

Si de nombreux partisans sont acquis à cette théorie, les adversaires ne manquent pas, parmi lesquels nous pouvons citer Kosmann, Cullen, R. Meyer, etc.

b) Pick, R. Meyer et d'autres auteurs encore, défendent avec chaleur l'hypothèse d'une origine gartnérienne, en particulier pour les tumeurs de la partie cervicale de l'utérus et du vagin.

c) Avec Hauser, Cullen, etc., une nouvelle hypothèse surgit. Pour eux, ces tumeurs viennent des canaux de Müller.

d) Enfin Schrœder défend la théorie de « l'inclusion intrapariétale de la muqueuse utérine au cours du développement fœtal. »

2° *Origine post-fœtale.* — a) *Muqueuse utérine.* — Beau-

coup d'auteurs repoussent l'idée d'une inclusion fœtale des culs-de-sacs muqueux; et avec Von Franqué admettent que presque tous les adénomyomes reposent sur une base inflammatoire.

b) *Séreuse.* — Iwanoff, R. Meyer, Opitz, Stein et d'autres auteurs ont admis l'origine séreuse. Dans ces cas l'inflammation agirait de la même façon que sur la muqueuse utérine.

Voyons l'histogénèse de la partie conjonctive et myomateuse des adénomyômes.

On ne sait exactement si l'adénome exerce une influence réelle sur le tissu musculaire voisin ou bien si le myome préexiste.

Le tissu conjonctif qui accompagne les formations épithéliales est considéré par sa fonction comme un stroma.

Pour l'élément musculaire, on a admis comme pour les éléments épithéliaux, une origine congénitale.

Pozzi a résumé ainsi cette question: « Il est infiniment probable que la pathogénie des adénomyomes n'est pas univoque et varie, au contraire, suivant les cas considérés. Les tumeurs situées superficiellement dans les couches externes de la musculature utérine reconnaissent sans doute une origine congénitale, wolffienne; celles qui siègent, au contraire, dans le voisinage de la cavité de l'utérus, dérivent ou peuvent dériver d'un bourgeonnement actif des glandes de la muqueuse ».

La pathogénie est mieux connue actuellement en ce qui concerne la première forme que nous étudions, c'est-à-dire l'adénomyome diffus de l'utérus de Cullen, ou l'*adenoma myometrii diffusum*, de R. Meyer. On n'accepte plus les hypothèses: *a*) de l'origine wolffidienne défendue par Recklinghausen; *b*) ou celle de l'origine müllerienne.

Il ne s'agit donc plus là de néoformations d'ordre congénital: l'étude histologique détruit, d'ailleurs, ces hypothèses.

Les études de Schütze, de Cullen, de Lockstaedt, de R. Meyer, de Gorizontoff montrent surabondamment que la muqueuse utérine est bien le point de départ de la néoformation dont les glandes hyperplasiées pénètrent et envahissent le myomètre. Ces glandes, d'après Schütze, entraînent le chorion de la muqueuse qui irrité, enflammé, formerait le tissu conjonctif jeune (cytogène), qui enveloppe et accompagne les tubes adénomateux dans leurs proliférations.

Dans plus de 50 observations de Cullen la continuité entre les glandes de la muqueuse et les tubes adénomateux est indiscutable. Il y a également la démonstration originale de Lockstaedt.

Pour la deuxième forme de notre étude, l'adénomyomatose utérine et rectale, la pathogénie reste complexe et mal résolue; on peut dire, pour employer un mot célèbre, par ailleurs, que toutes les hypothèses anciennes restent encore « debout ».

Si les observations de Füth, de Schloffer, de Kleinhaus démontrent l'existence d'adénomyomes primitifs du col utérin, d'origine muqueuse, franchissant les limites de l'utérus, envahissant le rectum ensuite, de nombreux cas existent dans lesquels l'adénomyome diffus ne tire pas son origine des glandes de la muqueuse utérine. Cet adénomyome est séparé de la muqueuse utérine par du tissu normal, il ne paraît pas s'être développé primitivement dans le col utérin. On ne peut non plus incriminer le rectum dont la muqueuse ne présente pas de proliférations glandulaires anormales.

Reste à admettre l'hypothèse de R. Meyer. Pour lui, la

tumeur s'est développée primitivement dans le cul-de-sac de Douglas et dans la cloison recto-vaginale ; de là elle s'est propagée à l'utérus, au rectum, voire même à l'ovaire ; dans ces différents organes, les lésions observées, qui sont des lésions d'envahissement, sont identiques. L'infiltration adénomateuse est plus marquée dans les couches externes de la paroi, qu'au voisinage de la muqueuse utérine ou rectale. La réaction musculaire hyperplasique peut prendre, parfois, l'aspect d'une véritable tumeur.

Mais alors quel serait le point de départ de l'adénome dans le Douglas ? Malgré les travaux de Meyer, de Sitzenfrey, de Scheidt, de Renisch, ce point demeure obscur. Ces auteurs écartent absolument l'origine congénitale wolffienne ou müllerienne et croient qu'il faut attribuer un rôle important à la prolifération de l'endothélium péritonéal. Ils soutiennent même pour la plupart de leurs cas, l'origine séreuse. Renisch attire l'attention sur ce fait, que les tubes adénomateux prédominent dans les parties périphériques de la tumeur pelvienne. Pour lui, la lésion serait bien d'origine inflammatoire due à une infection préalable des annexes et du péritoine pelvien.

L'évolution clinique de tous ces cas serait donc plutôt en faveur de l'hypothèse d'un point de départ utérin. Telle est l'opinion de Forgue et Massabuau, opinion que nous partageons absolument.

SYMPTOMATOLOGIE

Dans tous les cas publiés, on a trouvé un symptôme dominant dans le tableau clinique : les hémorragies utérines. Les règles d'abord irrégulières, deviennent abondantes, plus abondantes qu'à l'état normal. Surviennent alors des métrorragies profuses. L'écoulement sanguin peut devenir continu, et l'on ne peut plus reconnaître les périodes menstruelles.

Ces hémorragies sont d'autant plus abondantes que la muqueuse utérine est plus hypertrophiée.

Elles retentissent sur l'état général en déterminant un état de profonde anémie, avec amaigrissement considérable.

Dans certains cas on a pu observer des douleurs pelviennes assez vives, mais ce fait ne se produirait que dans les cas où il y a de l'annexite concomittante ou bien encore quand il s'agit d'adénomyomatose diffuse, infiltrée dans le cul-de-sac de Douglas. Parfois on a pu observer de la leucorrhée.

Quand la tumeur s'est propagée au rectum, de nouveaux troubles apparaissent qui s'expliquent aisément. Ce sont des troubles de la défécation : constipation, ténesme rectal, gêne de l'expulsion du bol fécal.

Supposons la prolifération épithéliale très active, une nouvelle complication pourra surgir, complication redoutable celle-là : c'est la transformation possible de l'adénomyome en une tumeur cancéreuse, l'adénome deviendra un épithélioma.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic est très difficile à faire. Il est rare qu'on le porte exactement.

Pour Freund il existerait des signes fonctionnels et des signes objectifs qui seraient caractéristiques. En particulier, il donne comme signes objectifs : 1° la localisation et le sens de propagation de ces tumeurs ; 2° leurs complications avec de la pelvi-péritonite chronique et des tumeurs annexielles.

Se basant sur l'étude de plus de 100 cas, Polano affirme qu'il n'existe pas de différenciations cliniques très tranchées pour les adénomyomes.

On commet des erreurs par suite de la pelvipéritonite concomittante, et la présence de tumeurs annexielles.

Pollosson et Violet signalent le phénomène douleur, douleur à type exacerbant comme un bon signe.

Ce signe ne nous paraît pas caractéristique de l'adénomyomatose. Nous pensons, comme nous l'avons dit précédemment, qu'il est plutôt symptomatique d'une lésion annexielle concomittante.

On pourra confondre l'adénomyome avec un adénome ordinaire ; plus particulièrement, quand l'utérus est très augmenté de volume, que sa surface présente des bosselures, on pensera au fibromyome.

Quand l'utérus sera moins volumieux on pensera au gros utérus fibreux des arthritiques.

Les moyens d'investigation que nous possédons pour éclairer le diagnostic sont infidèles. C'est ainsi que le curettage donnera peu de renseignements, étant donné que les lésions d'hyperplasie glandulaire de la muqueuse utérine sont des plus banales; on peut, en effet, les trouver dans des états pathologiques différents.

Il est évident, néanmoins, que le curettage aura de la valeur quand la curette ramènera des fragments de muscle utérin dont les faisceaux seront dissociés par la prolifération adénomateuse.

En ce qui concerne l'adénomyomatose de l'utérus et du rectum, deux erreurs peuvent être commises:

1° On pourra porter le diagnostic de carcinome utérin propagé au tissu cellulaire pelvien et au rectum. Dans ce cas, le curettage viendrait en aide en montrant une muqueuse utérine sans prolifération néoplasique.

2° Ou bien on pensera que la lésion rectale est primitive; qu'il s'agit d'un épithélioma du rectum qui s'est propagé au cul-de-sac de Douglas et à l'utérus. Mais si la muqueuse rectale n'est pas épaissie, reste mobile sur la lésion infiltrante profonde, il sera facile de rejeter cette hypothèse, puisque dans un cancer du rectum le départ est toujours muqueux.

On portera d'une façon à peu près certaine ce diagnostic, quand on trouvera une tumeur siégeant au Douglas, bien limitée, de consistance dure et bosselée.

PRONOSTIC

Du tableau clinique de l'examen histologique, l'adénomyome apparaît comme une tumeur bénigne. Néanmoins il faut se souvenir que la transformation en cancer, rare il est vrai, est possible : « Toute néoplasie étant un pas vers une néoplasie plus grave et qu'il est probable qu'un utérus déjà porteur d'une tumeur bénigne sera plus aisément envahi par un néoplasme malin (Verneuil, Ricard, Poncet) ».

TRAITEMENT

En raison des symptômes que nous avons déjà rapportés, qui troublent l'organisme à un haut point, une opération radicale est indiquée : ce sera l'hystérectomie abdominale totale. Cette opération est commandée : *a*) du fait qu'il n'y a pas de traitement médical efficace ; *b*) par l'intensité des hémorragies ; *c*) par l'insuccès du curettage ; *d*) par le danger d'une évolution maligne possible.

Quand il s'agira d'une lésion localisée à l'utérus, cette opération ne présentera pas de difficultés.

Que convient-il de faire quand l'adénomyomatose est infiltrée à l'utérus et au rectum ?

Schloffer, dans un cas semblable, n'a pas hésité à pratiquer en même temps que l'hystérectomie abdominale totale, la résection du rectum.

Renisch a pratiqué dans un cas outre l'hystérectomie, l'extirpation de la tumeur infiltrée dans le Douglas et en plus la résection de la paroi postérieure du rectum qui répondait à la zone d'envahissement.

On voit la gravité de pareilles opérations qui sont fort choquantes. Elles ne répondent pas à une nécessité, et paraissent inutiles. Une pareille conduite s'imposerait s'il s'agissait d'une lésion néoplasique ; or, nous avons vu que ces lésions sont d'ordre inflammatoire, par conséquent l'ablation intégrale, répétons-le, n'est pas indispensable.

En outre, comme l'a montré Sitzenfrey dans ses belles observations, quand on a enlevé l'utérus après l'avoir séparé du rectum, il importe peu de laisser dans la cavité pelvienne et dans la paroi rectale, les lésions d'infiltration. Il a vu dans plusieurs cas ces lésions régresser après l'opération. Aussi l'importance d'éviter une erreur de diagnostic, apparaît-elle dans les cas de cet ordre, car, si l'adénomyomatose est reconnue, elle évite la pratique de grandes et laborieuses opérations qui seraient évidemment indiquées s'il s'agissait de traiter un cancer utérin avec infiltration au rectum.

OBSERVATIONS

Observation Première

(In Sitzenfrey-Zeitsc. f. Geb und G. t. 66. 1907.)

Il s'agit d'une femme âgée de 54 ans, réglée à 17 ans régulièrement; les règles durent de 4 à 7 jours.

Pendant onze semaines, on note une suppression des règles; au bout de ce temps, la malade est atteinte d'une hémorragie abondante, elle maigrit et ses selles deviennent irrégulières, puis une constipation opiniâtre s'établit, suivie de météorisme. Quand les selles sont convenables, l'évacuation régulière, les douleurs disparaissent; par la palpation, au-dessus de la symphyse, on constate, à trois travers de doigt, au-dessus, le dôme d'une tumeur solide insensible et un peu latérale.

Le toucher vaginal nous montre un col gros regardant en arrière dont l'orifice externe est tranversal et bien ouvert; le doigt peut y entrer. L'utérus est en antéflexion et contient sur sa paroi antérieure un myome gros comme le poing. Dans la paroi postérieure du col est une tumeur du volume d'un œuf de pigeon qui semble en connexion intime avec la paroi rectale: la palpation rectale nous permet de mieux sentir ce nodule cervical qui a des adhérences intimes avec le rectum. Ses annexes gauches sont fixées au-des-

sus du nodule cervical, quant aux annexes droites, elles ont conservé leur mobilité.

Intervention le 24 septembre 1908.

On pratique l'anesthésie par la voie lombaire. La laparotomie laisse voir le corps utérin augmenté de volume. A 5 centimètres au-dessus du Douglas, le rectum est très adhérent à la paroi cervicale postérieure.

La palpation nous révèle à ce niveau un épaississement notable de la paroi rectale, épaississement atteignant le volume d'une noisette et s'étendant sur une longueur de 2 centimètres. Le rectum est rétréci à cet endroit, élargi au-dessus.

Après avoir lié les annexes, libéré l'uretère et lié les utérines, on ouvre le cul-de-sac vaginal antérieur et on sépare l'utérus du vagin. La libération de l'utérus et de l'intestin est difficile. On peut enlever l'utérus, on sépare le rectum de la paroi interne du vagin. On sépare, après ligature, le mésorectum et l'on isole la portion malade du rectum. Un segment de ce dernier, d'une longueur de 9 centimètres est réséqué; on suture la brêche bout à bout. On fait un anus iliaque.

La malade sort guérie.

Etude macroscopique. — L'utérus a 15 centimètres de long dont 6 centimètres pour le col. Par suite de l'inclusion de nodules myomateux, la grosseur atteint une fois et demie le poing, la paroi postérieure du corps et le fond sont voûtés par suite de l'inclusion d'un nodule myomateux de la grosseur d'un œuf de poule: il est réuni au rectum par une surface irrégulière formée d'un tissu dur: les annexes sont composées d'un ovaire gros qui a deux kystes hématiques de la dimension d'une noisette. A un endroit qui correspond au pôle utérin de l'ovaire sont des adhéren-

ces plus étendues par lesquelles l'ovaire est relié à la paroi postérieure du col. La trompe gauche a 7 centimètres de long. On ouvre l'utérus par sa face postérieure, de sorte que la coupe partage la surface ulcérée de la dimension d'une pièce de 1 franc. Dans le corps, la muqueuse est épaissie, polypeuse : l'épaisseur de la paroi du corps a 4 cent. et demi, celle du col 1 cent. 3/4, au niveau où le rectum est adhérent elle atteint 2 centimètres. Sur la coupe du col, à cet endroit, se montre un tissu plus dense qui se sépare de la musculature de l'utérus qui l'entoure. A un examen plus attentif on y voit des espaces en fente ou arrondis : la portion de rectum reliée au mésorectum, sur une coupe qui le traverse a le même aspect que le foyer de la paroi cervicale. Cette masse se prolonge dans des nodules situés dans la paroi rectale : par suite de ces nodules la paroi du rectum atteint une épaisseur de 1 cent. 1/2. Sur une coupe, on y voit des travées qui convergent vers l'endroit où était l'adhérence. Le rectum sur la partie duquel se trouvent les nodules, semble rétréci ; ce rétrécissement n'est pas assez marqué pour faire de la sténose.

Histologie. — On pratique l'examen d'une coupe parallèle à la surface droite de l'utérus dans la paroi cervicale postérieure. Dans la région décrite qui avait un aspect blanchâtre on voit la musculature utérine épaissie, qui se sépare de la musculature utérine voisine vraie qui entoure des formations glandulaires, lesquelles sont exceptionnellement entourées d'un tissu cytogène riche en cellules. En ce qui concerne les boyaux glandulaires, leur forme montre les plus grandes variations : les inclusions glandulaires qui se trouvent dans la couche la plus externe de l'utérus montrent la même direction parallèle à la surface que suit la musculature. En somme, les tubes glandulaires se trou-

vent dans les interstices tissulaires avec les lymphatiques et les vaisseaux sanguins. Les canaux glandulaires ont ainsi l'aspect remarqué par Franqué dans les adénomes de la trompe, semblable à des vaisseaux lymphatiques. L'épithélium est cylindrique, unistratifié, il semble reposer sur une faible pellicule limitante, semblant être d'origine conjonctive, c'est le tissu conjonctif cytogène à cellules fusiformes, à noyau très colorable : à côté de cellules cylindriques typiques, on trouve dans l'épithélium glandulaire quelques cellules isolées plus claires ; entre les portions basales de cellules cylindriques typiques on trouve des cellules de remplacement.

Le tissu conjonctif cytogène qui se trouve dans le stroma de la muqueuse utérine, entoure les formations glandulaires. On admet que le tissu cytogène est d'autant plus développé que la prolifération est d'autant plus étendue dans l'épithélium glandulaire : si le revêtement cytogène manque autour d'une glande, elle est limitée par la musculeuse ; la glande est à l'état de repos. Le tissu cytogène est formé de cellules rondes ou fusiformes à noyaux très colorés, des leucocytes nombreux le pénètrent. D'après les auteurs, le tissu cytogène passe de l'adénomyome dans le tissu conjonctif interfasciculaire et fasciculaire ; je suis d'avis qu'il provient de cellules conjonctives qui entourent les tubes glandulaires. Le tissu cytogène se trouve dans les interstices musculaires comme les tubes glandulaires. L'excitation pour la production de ce tissu cytogène peut venir des vaisseaux lymphatiques ou sanguins et même des tubes glandulaires.

Dans le dernier cas, l'excitation de l'épithélium glandulaire se fait sentir d'abord sur les cellules conjonctives environnantes qui sont en prolifération et forment en partie le tissu cytogène. Si l'excitation est très forte le tissu

conjonctif fasciculaire et intermusculaire subira une transformation cytogène. Par suite de l'excitation inflammatoire, les cellules épithéliales glandulaires seront influencées et sécrèteront davantage, d'où une augmentation de pression dans les espaces glandulaires qui s'agrandissent dans le sens de la moindre résistance. Le tissu cytogène a la fonction de repousser les faisceaux musculaires et de rendre possible la pénétration des tubes glandulaires. Dans le tissu cytogène on rencontre des fibres élastiques qui apparaissent tantôt agglutinées, tantôt formant des faisceaux fins qui serpentent et présentent des phénomènes de dégénérescence.

Comme il est intéressant de voir les rapports de l'épithélium de la séreuse dans la reproduction des adhérences rectales, j'ai fait des coupes dans la paroi postérieure de l'utérus. On est frappé par le fait qu'entre les faisceaux du tissu conjonctif du péritoine, on rencontre partout des vaisseaux sanguins et lymphatiques, capillaires, dilatés. On voit souvent dans le tissu des amas calcaires à couches concentriques. En somme on a l'impression que la dilatation des vaisseaux doit être ramenée à cette transformation calcaire qui conduit à l'oblitération des vaisseaux. Il est intéressant de remarquer que dans les espaces lymphatiques dilatés, les cellules endothéliales prennent des formes semblables à l'épithélium. L'endothélium séreux montre par place des invaginations dont les prolongements se trouvent revêtus d'un épithélium glandulaire unistratifié. Il n'est pas rare d'observer des tubes glandulaires sous-séreux et des petits kystes revêtus aussi d'un épithélium cylindrique unistratifié. Les espaces épithéliaux que nous venons de mentionner sont entourés de tissu conjonctif cytogène; l'examen des coupes en série montre que, dans ces espaces, le revêtement épithélial cylindrique ne lui est

pas propre parce que celui-ci en devenant plat, se transforme en un endothélium. On n'a pu établir une communication entre la formation glandulaire sous-séreuse et la surface séreuse. Par contre, on a pu établir sur un certain nombre de glandes, non seulement la transformation de l'épithélium cylindrique en un endothélium, mais encore des formations en valvules : ce seraient peut-être des tubes glandulaires considérés comme vaisseaux lymphatiques dont l'endothélium serait devenu cylindrique. C'est l'opinion de Meyer, Brunet, Sitzenfrey et Scheidt. La pénétration d'un tube glandulaire dans un vaisseau lymphatique n'a pu être observée.

J'ai recherché ensuite les restes wolffiens sur cinq morceaux tissulaires pris sur le bord de l'utérus ; je n'ai pu trouver nulle part de tube à épithélium cylindrique.

La muqueuse du corps offrait le tableau d'une hyperplasie glandulaire. On voyait la pénétration des glandes utérines dans la musculature. Les myomes du corps utérin étaient des myomes encapsulés avec dégénérescence hyaline.

La trompe droite montre des lésions d'inflammation chronique ; dans le mésosalpynx sont des tubes époophoriques avec de multiples petits kystes. L'épithélium séreux est normal.

Pour l'ovaire gauche on voit des formations glandulaires qui sont dans son pôle inférieur et viennent du rectum.

Une coupe dans le rectum montre que, à l'endroit où on l'a séparé du col, existent les mêmes tubes glandulaires entourés de tissu cytogène que nous avons trouvé dans les portions du col transformé. La tumeur de la paroi rectale repose sur une couche de muscles circulaires hypertrophiée, hypertrophie provoquée par l'envahissement. Les

tubes glandulaires ont pénétré jusque dans la sous-muqueuse: la muqueuse rectale est normale.

De cette description, il ressort que les tubes glandulaires viennent de l'épithélium séreux, peut-être de l'endothélium lymphatique; on ne peut en donner de preuve sûre parce que les invaginations séreuses et les vaisseaux lymphatiques ont fréquemment un revêtement épithélial même dans les maladies inflammatoires des annexes; les observations faites sur la séreuse et les lymphatiques peuvent être des productions accessoires.

Nous arrivons à la même opinion en excluant les deux autres possibilités (1): l'origine wolffienne et utérine. L'étude histologique ne donne aucune preuve en faveur de l'origine wolffienne. L'origine muqueuse peut être exclue avec certitude. Il ne reste plus que le péritoine ou les vaisseaux lymphatiques. Les tubes lymphatiques provoquent dans les tissus où ils pénètrent des processus lymphatiques inflammatoires, dans notre cas nous ne pouvons parler d'un adénomyome du col étendu au rectum et à l'ovaire, parce que le tissu musculaire hypertrophié ne prend aucune part à ce processus; les organes voisins ont été envahis par les tubes glandulaires qui y ont développé des processus hyperplasiques inflammatoires et même cette opinion doit être limitée.

---

(1) L'origine aux dépens du gros intestin mérite d'être prise en considération : R. Meyer a décrit récemment une tumeur épithéliale bénigne de l'angle supérieur, étendue jusqu'à la racine du mésocolon.

Observation II

(In Sitzenfrey)

Il s'agit d'une fille de 42 ans, réglée à 13 ans, qui se plaint d'une sensation de pesanteur dans le gros intestin. L'évacuation de la vessie est difficile. La malade est de taille moyenne et mince. Au-dessus de la symphyse, on aperçoit une légère voussure. Dans le petit bassin on palpe une tumeur solide, médiane, du volume d'une tête d'enfant, qui remonte jusqu'à trois doigts au-dessous de l'ombilic.

L'aspect génital est celui d'une multipare. Le col se continue dans la tumeur décrite, il est palpable dans le petit bassin. La paroi postérieure du col semble adhérente à la paroi antérieure.

Opération. — On pratique l'incision de Pfannenstiel. Après l'ouverture de l'abdomen la tumeur est facilement extériorisée avec des pinces de Museux: la paroi postérieure du col est adhérente au rectum, de même que les annexes gauches. En séparant le péritoine de la paroi postérieure de l'utérus, on voit que le fond est épaissi et contient un grand nombre de petits kystes renfermant du sang.

On fait l'hystérectomie totale et l'on sépare en arrière le rectum de la paroi postérieure du col.

Etude macroscopique. — L'utérus a 13 centimètres de long. Dans sa paroi antérieure est un myome de la grosseur d'une tête d'enfant.

La paroi postérieure du corps présente des surélévations irrégulières qui ont le volume d'une lentille; de même

la paroi cervicale postérieure adhérente au rectum; ce sont souvent de petits kystes; quelques-uns ont été ouverts quand on a séparé le rectum de l'utérus.

Etude histologique. — Cette étude est faite sur une coupe parallèle à la coupe médiane postérieure de l'utérus.

La muqueuse du corps a une hyperplasie nette. Les nodules lymphatiques circonscrits sont semblables à des centres germinatifs.

Dans les couches extérieures de la paroi du corps qui a 3 centimètres d'épaisseur, on trouve des tubes glandulaires très nombreux, ainsi que des kystes. A l'endroit séparé du rectum on voit des tubes glandulaires nombreux coupés. L'épithélium de ces tubes et des kystes est cylindrique unistratifié avec des cils vibratils. La lumière des espaces est vide. Le tissu cytogène est plus abondant autour des tubes petits et étroits; il manque souvent autour des kystes; ceux-ci sont entourés d'un manteau musculaire épais. Je n'ai pu trouver de communication entre les tubes et les glandes de la muqueuse; toujours il y avait une couche musculaire de 1 cent. 1/2 qui les séparait.

Le *côté gauche* de l'utérus a été étudié. Au niveau du ligament ovarien hypertrophié, on trouve deux foyers formés par des enclaves glandulaires. On peut y voir toutes sortes de dispositions: en glomérule, pectiniforme, etc..., les glandes sont dans un tissu conjonctif cytogène très riche. Partant du foyer en question vers le pôle de l'ovaire, on peut suivre des tubes glandulaires entourés de tissu musculaire. Ces tubes se différencient des tubes parovariens normaux parce que l'épithélium de ces derniers est cubique et n'a pas de tissu cytogène. Le deuxième foyer est derrière le premier et provoque la formation nodulaire à la surface du ligament de l'ovaire: sur une coupe longitudinale dans la moitié supérieure du ligament de l'ovaire

gauche, on voit que les canaux du deuxième foyer sont situés sur la ligne médiane par rapport au premier foyer et entrent en relation avec ce dernier. On ne remarque rien à la muqueuse de la trompe.

Du *côté droit* du corps, on voit aussi des formations glandulaires parties du plan d'insertion du ligament de l'ovaire et du mésosalpinx entrant dans la paroi du corps et qui ont proliféré dans la portion dorsale de cette paroi.

L'endothélium séreux n'a subi aucune transformation épithéliale.

D'après l'étude histologique, on voit que dans le ligament propre de l'ovaire gauche qui a atteint une grande épaisseur, on trouve des inclusions glandulaires à partir du pôle de l'ovaire jusqu'à la paroi utérine dorsale, qui ont déterminé une excitation avec hypertrophie de la musculeuse et du tissu conjonctif. La travée qui part de la tumeur nodulaire gauche et va à l'insertion de la trompe peut être considérée comme le prolongement du ligament propre de l'ovaire. L'autre travée qui part de cette tumeur nodulaire sur le bord gauche de l'utérus est incorporée dans la paroi utérine à 1 centimètre au-dessus de l'orifice interne; elle conduit aussi à des tubes glandulaires de la paroi utérine.

Les tubes glandulaires de l'ovaire gauche entrent dans la musculeuse utérine par trois voies directement, et par les travées. Au point d'insertion du ligament de l'ovaire droit et du mésosalpinx droit on voit la pénétration d'éléments glandulaires dans la paroi postérieure de l'utérus.

Ces inclusions glandulaires doivent être ramenées aux restes wolffiens. Il y a hyperplasie du muscle et du tissu conjonctif, mais pas de formation myomateuse.

L'étude histologique de la zone correspondant à la paroi rectale permet de dire que des tubes glandulaires ont tra-

versé la paroi rectale. L'infiltration diffuse superficielle du rectum doit être considérée comme l'expression de l'adénomyositis causée par les tubes glandulaires.

Nous devons penser que les tubes glandulaires utérins dans le rectum vont régresser.

L'examen rectal après l'opération n'a montré en aucun point d'épaississement de l'intestin.

CONCLUSIONS

I. L'adénomyomatose de l'utérus est une lésion assez fréquente qui frappe surtout les femmes âgées.

II. On doit distinguer deux formes d'adénomyomatose diffuse :

1° La forme localisée aux parois utérines, ou adénomyométrite de certains auteurs et dont l'origine muqueuse n'est pas douteuse.

2° La forme dans laquelle la néoformation franchit les limites de l'utérus pour s'étendre dans la cavité pelvienne et envahir les organes voisins. Cette forme est très probablement d'origine séreuse par lésion inflammatoire à point de départ utérin.

III. Au point de vue clinique, on trouve comme signes de l'adénomyomatose de l'utérus, les métrorragies, la leucorrhée, la douleur. Ces signes n'ont pas un caractère pathognomonique.

IV. Le diagnostic clinique est très difficile. On confondra souvent ces tumeurs avec les myomes, les fibromyomes pour la première forme. Pour la seconde (adénomyomatose de l'utérus et du rectum) on pensera au carcinome utérin propagé au tissu cellulaire pelvien et au rectum, ou à un épithélioma du rectum propagé au cul-de-sac de Douglas et à l'utérus.

V. Le pronostic est bon en général, mais il faut se souvenir que la transformation de l'adénomyome en épithélioma, quoique rare, est chose possible.

VI. Le traitement consiste à pratiquer l'hystérectomie abdominale totale, sans toucher au rectum, même quand celui-ci présente des lésions d'infiltration.

BIBLIOGRAPHIE

CULLEN. — Adenomyoma diffusum of uteri in « Adenomyoma uteri, 1908 ».

FORGUE et MASSABUAU. — Adénomyomatose diffuse de l'utérus et du rectum. (Paris Médical, 3 mai 1913, n° 22.)

FUTH. — Beitrag zur Kasuistick der Adenomyome der Uterus. (Centralblatt f. gyn., 1903, n° 21, p. 626.)

GORIZONTOFF. — Etude sur les proliférations diffuses de la muqueuse utérine dans l'épaisseur du muscle utérin. (Journal of Akoucherstra i Jensksich bolieznei, 1911, t. 26.)

KLEINHANS. — Beitrag zur Lehre von den Adenomyomen des Weiblichen Genitaltrakes. (Zeitschr. für Geb. u. Gyn., t. 52, p. 266.)

LOUIS (Ferdinand). — Des adénomyomes de l'utérus (Thèse de Lyon, 9 janvier 1908, n° 81).

MEYER (R.). — Ueber Drüsen, Cysten und Adenomen im Myometrium bei Erwachsenen. (Zeitsch. für Geb. u. Gyn., t. 42, 43 et 44.)

— Uber entzandliche heterotope Epithelwucherungen, (Virchow's Archiv., 1900, t. 195.)

PFORTE. — Uber entzundliche Schleimehauteinschrâkungen in der Gebârmutterwand. (Inaug. Diss. Berlin, 1903.)

Pozzi. — Traité de Gynécologie, 4e édition, 1907, t. I, p. 491.

Rosthorne. — Gesellsch. f. Gyn. u. Geb. (Monatsch, f. Geb. u. Gyn., 1904.)

Renisch (V.-H.). — Ein Beitrag zur Adenomyositis uteri et recti. (Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynakologie, t. 70, p. 585.)

Schikele. — Weitere Beitrage zur Lehre von den mesonephretischen Tumoren. (Beitrage zür Geb. u. Gyn., t. 6, p. 460.)

Schloffer. — Die Laparotomie in Dienste der Rectumextirpation. (Beitrage zur Klin. Chir., 1904.)

Schutze. — Beitrag zur Kentniss der diffusen Adenome in Myometrium. (Zeitsch. für Geb. u. Gyn., 1907, t. 59.)

Sitzenfrey. — Ein Beitrag zur Adenomyositis uteri et recti. (Zeitschrift f. Geb. und G., t. 66, 1907.)

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 19 mai 1914.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 19 mai 1914.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leur enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !